

Datos Personales

Nombre y Apellidos	D.N.I.
Dirección	C.P. Población
Tel. Part.	Tel. Lab. Móvil: e-mail:
Estado Civil:	Profesión: Fecha Nacimiento:

¿Cómo nos ha conocido?

Me envía otro paciente (*indique su nombre*) Cartel en la puerta: Internet:

Páginas Amarillas: Publicidad: (*nombre de revista*)

Me envía mi Dentista el Dr. /Dra.

Dirección: Teléfono:

Datos de interés

¿Tiene disponibilidad horaria para su tratamiento ¿Podría venir cualquier día? (*especificar*)

¿Qué transporte utiliza para llegar a nuestro centro?

¿Cuál es el motivo de consulta?

.....

¿Es usted alérgico a algún medicamento? En caso afirmativo, ¿Cuál es?

¿Es fumador? ¿Cuántos al día? ¿Desde cuándo?

Si es ex-fumador, ¿Hace cuánto? ¿Cuántos cigarrillos fumaba al día?

Indique con una "X"

¿Se está medicando en este momento? En caso afirmativo, detalle cualquier medicación que tome	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Se siente usted nervioso al recibir tratamiento dental?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Usted está sintiendo dolor o molestias en éste momento?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Indique con una cruz, cuál de las siguientes cosas ha tenido o tiene actualmente:

<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Prótesis	<input type="checkbox"/> Nerviosismo
<input type="checkbox"/> Presión alta	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> TTO. Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Cáncer - Leucemia	<input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/> Dolor Articula. Mandibular	<input type="checkbox"/> Marcapasos
<input type="checkbox"/> Embolia	<input type="checkbox"/> Tranfusión de sangre	<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> Hematomas
<input type="checkbox"/> Problemas Riñones	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo	<input type="checkbox"/> Drogadicción
<input type="checkbox"/> Enfisemas	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Hepatitis A (infección)	<input type="checkbox"/> Alergias / Picazones
<input type="checkbox"/> Gastritis / Úlceras	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Hepatitis B (Suero)	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Medicamentos cortisona	<input type="checkbox"/> Reumatismo	<input type="checkbox"/> Otras Hepatitis	<input type="checkbox"/> Epilepsia

Si No

¿Has tenido alguna experiencia desagradable en un consultorio dental?		
¿Has sido hospitalizado en los dos últimos años?		
Cuándo se corta, ¿Sangra mucho?		
¿Ha aumentado o bajado más de 10 Kg. En el último año?		
¿Está haciendo alguna dieta especial?		
MUJERES: ¿Está embarazada? o ¿Cree que esta embarazada?		
¿Usa anticonceptivos?		
¿Qué maxilar le da problemas, el superior o el inferior?		
¿Ha provocado en Usted la pérdida de sus piezas dentales trastornos nerviosos?		
¿Está satisfecho con la apariencia (<i>estéticamente</i>) de sus dientes?		
¿Desea Usted evitar el contacto con las personas debido a que lleva dentadura?		
¿Crees Usted que su vida profesional está afectada por la pérdida de sus dientes?		
¿Le han comentado alguna vez que tiene mal aliento?		

¿Qué expectativa tiene Usted después del tratamiento con prótesis osteointegradas?

Describa que experimenta llevando una dentadura en vez de los dientes propios:

Cuestionario ATM:

	Si	No	Si	No	Si	No
¿Sus articulaciones témporo-mandibulares hacen ruido?						
¿Siente dolores cuándo mastica?						
¿Tiene algún diente particularmente sensible?						
¿Siente dolores cuando abre mucho la boca, muerde algo voluminoso o bosteza?						
¿Siente a menudo dolores delante o detrás del oído?						
¿Tiene a menudo sensación de sequedad o de ardor de boca?						
¿Tiene que buscar una posición particular para poder cerrar correctamente la mandíbula?						
¿Toma algún medicamento contra los trastornos que acabo de citar?						
¿Tiene calambres, tirones en la cabeza, el cuello o la nuca?						
¿Tiene dolores de cabeza por la mañana por la mañana, la tarde o la noche?						
¿Tiene dolores de espalda o lumbago?						
¿Tiene vértigos o mareos?						
¿Siente ruidos en el oído?						
¿Siente dolores retrobulares (<i>por detrás del ojo</i>)?						
¿Padece Usted insomnio?						
¿Padece Usted cansancio matinal?						

FECHA

FIRMA

La cumplimentación del presente formulario, supone la autorización por el usuario a que todos los registros (*radiografías, fotografías, videos, imágenes y otros datos*) que sobre usted se recopilen en cualquier formato o soporte, sean incluidos en un fichero propiedad de Clínica Aparicio cuya finalidad es la información, estudio científico, divulgación y formación profesional, así como la confección de ofertas de los diversos servicios y/o productos de Clínica Aparicio. Usted tiene derecho a acceder a esta información para oponerse, modificarla o cancelarla, mediante simple notificación por escrito, acompañada de una fotocopia de D.N.I. Así mismo, la inclusión en este formulario de su correo postal y/o electrónico supondrá su aceptación expresa e inequívoca para que Clínica Aparicio pueda, en su caso, remitirle comunicaciones comerciales o informativas a través del correo de conformidad con lo establecido en la Ley de Servicios de la Sociedad de la Información (LSSICE), sin perjuicio del derecho que le asiste a poder revocar su consentimiento en cualquier momento posterior enviando, bien, una carta a nuestra dirección postal o un e-mail a info@clinicaaparicio.com indicando el asunto: "No deseo recibir cartas / e-mail comerciales".